



AGID

Agenzia per l'Italia Digitale

Direzione Generale

Servizio Prevenzione e Protezione

Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per il reclutamento di n. 1 unità di personale, da assumere, nel ruolo dell'Agenzia per l'Italia Digitale, con contratto a tempo pieno e indeterminato, nel profilo professionale di dirigente informatico di II^ fascia, per le esigenze dell'Area Sicurezza e Cert pubblicato sulla G.U., IV^ serie speciale, <<Concorsi ed Esami>> n. 79 del 09 ottobre 2020.

PROVA ORALE DEL 18 MAGGIO 2022.

AUTOCERTIFICAZIONE

Cognome _____ Nome _____

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

RIFERISCE E DICHIARA

| | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| FEBBRE SUPERIORE A 37,4°C | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| TOSSE / MAL DI GOLA | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| RAFFREDDORE | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| DOLORE MUSCOLARE / SPOSSATEZZA | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| NAUSEA / VOMITO / DIARREA | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| ALTERAZIONE DI GUSTO / OLFATTO | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| È ATTUALMENTE IN ISOLAMENTO FIDUCIARIO O IN QUARANTENA | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
|--|-----------------------------|-----------------------------|

E

(compilare SOLO nel caso in cui si ricada nelle seguenti situazioni)

CASO DI CANDIDATO A CONTATTO STRETTO CON SOGGETTO POSITIVO AL COVID-19

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Ha avuto un contatto stretto con un caso COVID-19 nei 14 giorni precedenti | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Ha avuto un contatto stretto con un caso COVID-19 ed ha effettuato un TAMPONE con esito NEGATIVO dopo un periodo di quarantena di 10 giorni | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

CASO DI CANDIDATO RISULTATO POSITIVO AL COVID-19

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Ha effettuato un TAMPONE di controllo con esito NEGATIVO a conclusione del periodo di isolamento | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Sono trascorsi 21 giorni di isolamento di cui almeno 7 giorni senza sintomi | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

Data ___ / ___ / _____ Ora _____

Firma del Candidato.....